

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

105

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michèle CHAPPERT

née le 1er Octobre 1935 à RODEZ (Aveyron)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PSYCHOSES PUERPÉRALES
80 CAS DE PSYCHOSES DU POST-PARTUM CHEZ
LES MUSULMANES ALGERIENNES

Président : M. DELAY, Professeur .

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(diplôme d'Etat)

par

Michele CHAPPERT

née le 1er OCTOBRE 1935 à RODEZ (Aveyron)

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PSYCHOSES PUERPERALES

80 CAS DE PSYCHOSES DU POST PARTUM CHEZ LES MUSULMANES ALGERIENNES

Président : Mr J. DELAY Professeur.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Aubin A. - Bénard H. - Bulliard H. - Cadenat F. - Chabrol E. - Champy C.
 Debré R. - Gastinel P. - Guillain G. - Halphen E. - Hazard R. - Heuyer G. -
 Lantuejoul P. - Laroche G. - Lévy-Solal E. - Lian C. - Loeper M. - Marion G.
 Mathieu P. - Mocquot P. - Mondor H. - Monod R. - Moreau R. - Olivier E. -
 Pasteur Valléry-Radot - Petit-Dutaillis - Richet C. - Strohl A. - Tanon L. -

DOYEN Léon BINET Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS.-

Anatomie	MM. DELMAS A.
Anatomie pathologique	DELARUE J.
Anesthésiologie	BAUMANN J.
Biochimie médicale	JAYLE M.F.
" " (Prof. à titre personnel)	ETTORI J.
" " (prof. à titre personnel)	SCHAPIRA G.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT P.
Biologie médicale	FAUVERT R.
" " (Prof. à titre personnel)	BOURLIERE F.
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD J.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON H.
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUCUIN M.
	SICARD A.
	N.
	PATEL J.
Cliniques chirurgicales (Beaujon)	CORDIER G.
(Cochin)	GOSSET J.
(Hôtel-Dieu)	MOULONGUET P.
(Pitié)	LORTAT-JACOB J.L.
(Saint-Antoine)	
(Salpêtrière)	
(Tenon)	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE M.
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE R.
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES F. de
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY J.
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT J.
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY M.
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO P.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS R.
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA J.

Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET P.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY J.
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER J.
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL G.
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
(Boucicaut)	LENEGRE J.
(Broussais)	SOULIE P.
(Cochin)	JUSTIN-BESANCON L.
Cliniques médicales (Cochin)	BROUET G.
(Hôtel-Dieu)	BARIETY M.
(Pitié)	DREYFUS G.
(St-Antoine)	KOURILSKY R.
Clinique médicale d'hydrologie et clima- tologie (Bichat)	DEBRAY G.
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES L. de
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT M.
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID M.
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN R.
(Beaudelocque)	LACOMME M.
Cliniques obstétricales (Foch (Suresnes))	MERGER R.
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT J.
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD G.
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY M.
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG M.
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants- malades)	MARIE J.
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNANR D.
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX L.
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE F.
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME M.
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE A.
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie (Prof. à titre personnel)	GIROUD A.
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	TUCHMANN-DUPLESSIS H.
Histologie	SEZE S. de
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	VERNE J.
Hygiène et médecine préventive " " " (Prof. à titre personnel)	TURPIN R.
Médecine du Travail	JOANNON P.
Médecine légale	DEPARIS M.
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	DESOILLE H.
	PIEDELIEVRE R.
	FASQUELLE R.

Parasitologie
 " (Prof. à titre personnel)
 Pathologie chirurgicale
 " " (Prof. à titre personnel)
 Pathologie exotique
 Pathologie expérimentale et comparée
 Pathologie médicale
 Pathologie respiratoire
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pharmacologie
 " (Prof. à titre personnel)
 Physiologie
 " (Prof. à titre personnel)
 " " " "
 Physiologie et pathologie obstétricale
 Physique médicale
 " " (Prof. à titre personnel)
 Radiologie médicale
 Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale
 Thérapeutique

MM. GALLIARD H.
 BRUMPT L.C.
 COUVELAIRE R.
 LAURENCE G.
 LAVIER G.
 MERKLEN F.P.
 MILLIEZ P.
 TURIAF F.
 BOUDIN G.
 CHEYMOL J.
 LEVY Melle J.
 BINET L.
 BARGETON D.
 PARROT J.
 LEPAGE F.
 DOGNON A.
 DJOURNO A.
 DESGREZ H.
 LEGER L.
 CONTE M.

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE - PROFESSEURS AGREGES
 ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES -

Anatomie	MM. CABROL C. COUINAUD C. OLIVIER G.	Dermato-syphili- graphie	DUPERRAT B.
	GAUTHIER-VILLARS Melle Pr. S. ch.	Electro-radio- logie	LEDOUX-LEBARD G.
Anatomie pathologique	BUSSER F. GUYGOU Ch. ORCEL L. PAILLAS J.	Hématologie	BILSKI-PASQUIER G. DAUSSET J.
Anesthésiolo- gie	VOURC'H G.	Histologie	COUJERD R. Pr.s. ch. MAROIS M. RACADOT J.
	BARBIER P. CONSTANT D. TOURNIER P.	Hydrologie	CORNET A.
Bactériolo- gie		Hygiène	BOYER J. Pr.s. ch. CORRE-HURST Mme L.
Biochimie médicale	DESGREZ P. Pr.s.ch. POLONOSKI J. m.conf.	Maladies infec- tieuses	BASTIN R. DUPONT V.
Biologie appli- quée à l'éduca- tion Physique et aux sports	PLAS F.	Médecine légale	DEROBERT L. Pr.s.ch. HADENGUE A. FOURNIER E. GUENIOT M.
Carcinologie	DENOIX P. MATHE G.	Médecine du Travail	ALBAHARY C.

Neurologie	MM. LHERMITTE F.		MM. COURY C.
			FREZAL J.
	GRANJON A.		HOUSSET E.
	HERVET E.		LAROCHE Cl.
Obstétrique	LE LORIER G.	Pathologie médicale	LESOBRE R.
	MORIN P.		MAGREZ C.
	MUSSET R.		NICK J.
	ROBEY M.		PE'UIGNOT H. Pr.s.ch.
	THOYER-ROZAT J.		ROYER P.
			WOLFROMM R.
Ophtalmologie	BREGEAT P.		JOSEPH R.
	SARAUX H.		MANDE R.
Orthopédie	JUDET R.	Pédiatrie- Puériculture	MOZZICONACCI P.
	RAMADIER J.		POLONOVSKI C.
			ROSSIER A.
Oto-rhino- laryngologie	DEBAIN J.	Pharmacologie	BOISSIER J.
			LECHAT P.
Parasitologie	CHABAUD A.	Physiologie	DEJOURS P.
	BARCAT J.		GOUGEROT L. m. conf.
	BINET J.P.	Physique médicale	pr. s. ch.
	CAUCHOIX J.		KELLERSHOHN
	CHATELIN C.L.		
	DUBOST Ch.	Pneumo-phtisio- logie	KREIS B.
Pathologie chirurgicale	FAUREL J.		PICHOT P.
	FLABEAU F.	Psychiatrie	
	GERMAIN A.		DUCHE D.
	LOYGUE J.	Psychiatrie infantile	
	MERCADIER		DELBARRE F.
	PERROTIN J.		
	ROBERT H.		
	THOMERET G.	Rhumatologie	
Pathologie exotique	SCHNEIDER J.		CERNEA P.
			CHAPUT Mme A.
	CROSNIER J.	Stomatologie	m. c. agr.
	HARTMANN L.		GRELLET M.
Pathologie expérimentale	ICEPER J.		
	MAURICE J.	Thérapeutique	CHASSAGNE P.
	RICHET G.		LAMOTTE M.
	AUSSANNAIRE M.	Urologie	CUENU L.
	BOUR H.		
	BOUVIER J.		
	BOUVRAIN Y.		
Pathologie médicale	BRICAIRE H.		
	ERIS'AUD H.		
	EROCARD H.		
	BUGE A.		
	CASTAIGNE P. m. conf.		
	CATINAT J.		
	CONTAMIN F.		

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE.
à titre permanent.

Anatomie	MM. DEBEYRE	Clinique oto-rhino- laryngologique	MM. MADURO R.
	ABOULKER P.		
	AMELINE A. Pr.s.ch.	Clinique pédia- trique et puéri- culture	LAPLANE R.
Clinique chirurgicale	HUGUIER J.		
	OLIVIER C.		
	PADOVANI P.		
	POILLEUX F.	Clinique psychiatrique	BARUK H.
	ROUX M.		
	VERNE J.M.		
Clinique médicale	DOMART A.	Clinique urologique	KUSS R.
	PERRAULT M.		
	RAMBERT P.		
	THIEFFRY S.	Médecine légale	GAULTIER
Clinique obstétricale	GRASSET J.		
	MAYER M.		
	RAVINA J.		
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES P.		
	OFFRET G.		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES
UNIVERSITES ETRANGERES.

Bactériologie	HAUDUROY P. Pr.s.ch.	Pathologie chirurgicale	RUDLER J. Pr.s.ch.
---------------	----------------------	----------------------------	--------------------

V.- Chargés de cours d'hygiène scolaire et universitaire	BOLTANSKI E. LAUNAY C.
---	---------------------------

Secrétaire général de la Faculté M. LENA J.

Secrétaires Mme BEURLAND H. - Melle CHAINTREUIL G. - Mme ROCHE L.

Conservateur en Chef M. le Docteur HAHN A.

Conservateur Melle DUMAITRE P.

Bibliothécaires Mmes CONTET J. - FORGET F.
Melles LAURENT H. - LE NOIR G. - CUIEVREUX E. -

A MES GRANDS PARENTS

A MES PARENTS

A MON MARI

A ma famille

A Monsieur le Professeur J. DELAY.

Professeur de clinique des maladies mentales et de l'
encephale.

En remerciement du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur G. HAMONEAU

Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique de BLIDA.

Qui a inspiré et orienté ce travail
avec beaucoup de bienveillance.
Nous le prions, d'agréer, ici,
l'expression de notre vive gratitude.

A mes camarades d'étude.

A mes amis.

Nous tenons à remercier les laboratoires " SPECIA " pour
les conseils et aide qu'ils ont bien voulu nous apporter.

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Nous avons été conduits à entreprendre le présent travail à la suite d'une notion qui s'est imposée à nous dès nos premiers contacts avec la pratique psychiatrique en Algérie, à savoir la fréquence apparamment considérable des psychoses puerpérales parmi les femmes hospitalisées pour troubles mentaux.

La constatation de ce fait brut, provoquait, dès l'abord, deux démarches essentielles : en premier lieu préciser quelle pouvait être l'importance numérique de ces psychoses puerpérales, en valeur absolue certes, mais surtout relativement à l'ensemble des affections psychiatriques présentées par les malades algériennes. En second lieu, mettre en évidence les causses apparentes ou profondes de cette différence.

Des considérations secondaires à ces deux points sont venues naturellement compléter cette étude, ce qui nous a conduits enfin à envisager successivement au cours de ce travail cinq chapitres :

- I Généralités
- II Etude statistique
- III Etude clinique
- IV Traitement et évolution
- V Esquisse prophylactique.

CHAPITRE I

- G E N E R A L I T E S -

Nous nous étendrons assez longuement sur ce chapitre de " généralités " car nous allons y exposer tous les aspects qui donnent aux psychoses puerpérales que nous décrivons ici, leur coloration particulière au point de vue mode de recrutement, manifestations psychiques et réactions médico sociales.

A) ORGANISATION ET STRUCTURE DU SERVICE PSYCHIATRIQUE.

L'Hôpital Psychiatrique de Blida-Joinville est un établissement de création récente (1933), équipé de façon moderne et comprenant actuellement 3 services de malades hommes et 3 services de malades femmes avec 6 Médecins-Chefs et théoriquement 6 Internes. Il a été jusqu'à ces dernières années le seul Hôpital Psychiatrique en Algérie, ce qui explique que primitivement conçu pour 1200 malades il en héberge maintenant 2120 environ.

Les premiers services ouverts ont fait ici leur apparition en 1954, et les 6 services en sont maintenant pourvus. A chacun de ces services ouverts est annexé une consultation psychiatrique fonctionnant deux fois par semaine, et dont le rôle est double : d'une part alimenter le service en malades nouveaux, d'autre part, fonctionnant à la manière d'un authentique dispensaire d'hygiène mentale, assurer dépistages, traitements et post-cures.

C'est dans un tel cadre que nous nous sommes intéressés aux problèmes posés par les psychoses puerpérales, nous consacrant d'ailleurs exclusivement à l'étude des malades d'un seul service de femmes, ceci depuis la création du service ouvert correspondant en Novembre 1958.

Nous devons dès maintenant souligner le nombre prépondérant de malades musulmanes par rapport aux malades européennes à nos consultations. Cet état de fait nous oblige à dire quelques mots du milieu dans lequel sont recrutées nos malades.

B) ESQUISSE SOCIOLOGIQUE ET RELIGIEUSE DU MILIEU MUSULMAN.

Nous sommes d'emblée frappés par les différences considérables existant entre le milieu musulman et le milieu européen. Il est évident que nous ne pouvons entreprendre une étude psychiatrique sur des malades musulmans sans intégrer celle-ci au contexte familial et social. Car celui-ci conditionne leur comportement et leur mode de réaction.

Nous envisagerons donc successivement :

- Les superstitions et les croyances
- L'organisation sociale et domestique
- Les facteurs économiques
- Les événements d'Algérie.

I) SUPERSTITIONS ET CROYANCES

La plupart des musulmans ont conservé, indépendamment de leur adhésion au dogme coranique, des croyances très primitives à base de superstitions et de sorcelleries.

Un rôle important est ainsi dévolu, dans la vie de chaque jour, aux " Djenouns " ou " esprits " qu'ils rendent responsables d'influences bénéfiques ou maléfiques. Ces djenouns sont très nombreux, habitent avec prédilection certains lieux déterminés, par exemple : le sang, les égouts, la mer, les cendres etc... Une véritable mythologie les classe en différents groupes, chacun ayant une action et un rôle déterminé.

Il n'est donc pas étonnant que l'origine des maladies leur soit couramment rapportée. En ce qui concerne le malade mental, ses troubles ne sont pas ainsi rattachés à une cause naturelle, mais interprétés dans un sens magique et de "possession", à tel point que, bien souvent, il sera respecté ou même vénéré, en raison de ses relations surnaturelles (ceci, du moins, tant qu'il ne présentera pas de réaction antisociales). C'est avant tout aux djenouns que seront attribuées la plupart des hallucinations auditives, visuelles et cénesthésiques.

Par ailleurs, les pratiques de sorcellerie tiennent ici un rôle très important et il est courant de voir attribuer les troubles psychiques à des incantations ou à des philtres, administrés dans un but néfaste, par des tiers : nous trouverons là l'origine d'idées ou de délires de persécutions.

En fait, ces croyances et les déductions qui en sont faites sur le plan psychopathologique sont en rapport direct avec le manque d'évolution : relativement peu répandues dans les populations urbaines, elles sont au contraire très développées dans les milieux ruraux et plus particulièrement dans certaines régions comme la Kabylie ou les départements du Sud Algérien. Au fond nous retrouvons ici, dans toute sa plénitude, une situation qui était autrefois très répandue dans les campagnes européennes et dont il subsiste encore des traces dans certaines régions sous-développées.

Ainsi, il n'est pas douteux que les croyances et superstitions diverses des musulmanes conditionnent dans une certaine mesure, l'interprétation qu'elle peuvent donner de leurs troubles psychiques. On peut donc se demander quelle peut être l'incidence de la religion islamique elle-même sur l'origine, la forme et le vécu des troubles.

D'un point de vue général, l'importance de la religion musulmane en Algérie doit se considérer d'un double point de vue :

- En premier lieu, l'Islam constitue à notre époque encore l'un des traits d'union les plus marquants entre des groupes ethniques d'origines très diverses.

- En second lieu, cette religion imprègne tous les échelons de la société, aussi bien dans le milieu citadin que dans le milieu rural.

Il n'est pas ici question d'étudier en détail la religion musulmane mais il importe cependant de noter quelques uns de ses aspects caractéristiques, tels qu'ils se dégagent du livre sacré que constitue le Coran. La croyance de base réside dans la foi en un Dieu unique et en son pro-

phète, mais en fait, les préceptes de la loi coranique embrassent toute la vie du croyant. On y reconnaît ainsi des obligations morales, des règles juridiques, des indications rituelles etc..., de telle sorte, que l'aspect formel de la religion prend une importance considérable : le comportement dicté par le dogme témoigne devant les autres croyants, de l'appartenance à la foi commune.

Est considéré comme péché, aussi bien l'oubli des ablutions rituelles quotidiennes ou le non respect des périodes de jeûne, que le meurtre le vol etc.... Mais contrairement à ce qui se passe dans d'autres religions, il semble que le péché soit fort peu culpabilisé : ceci explique vraisemblablement que les syndromes mélancoliques chez le musulman, ne s'accompagne que très rarement d'idées d'autoaccusation et de culpabilité, et que le suicide est d'une éventualité peu fréquente (notons qu'il est sérieusement interdit).

Par ailleurs, la loi coranique consacre l'infériorité de la femme par rapport à l'homme. Mais la femme n'est pas pour autant reléguée, sur le plan de la croyance, dans le monde des sorciers et des djenouns : elle participe de son côté, à la religion, car elle est astreinte à la plupart des pratiques de celle-ci. Cette précision n'est pas inutile : en effet, nous n'avons que rarement rencontré des délires mystiques chez nos musulmanes, ainsi que des allusions spontanées aux choses de la religion, au point que l'on pourrait se demander quelle place tient cette dernière dans leur vie. Il convient même de remarquer que la musulmane du " bled " suit les pratiques religieuses plus scrupuleusement que la musulmane de la ville.

Un autre caractère doit être souligné : la loi coranique exhorte le croyant à l'humilité, à la patience, à la résignation. Il en découle notamment une attitude particulière vis à vis de la maladie, faite d'une certaine indifférence qui peut être interprétée par l'européen comme de la négligence : la vie, la maladie, la mort sont considérées comme des dons de Dieu et admises avec un fatalisme remarquable.

Enfin, le " RAMADAN " qui impose, chaque année à tout musulman, le jeûne absolu, du lever au coucher du soleil, pendant 30 jours consécutifs a une importance considérable. Une telle épreuve ne peut qu'aggraver l'état physique et mental de nos malades.

2) ORGANISATION SOCIALE ET DOMESTIQUE.

a) Plusieurs formes culturelles se rencontrent en Algérie (Kabyle, chaouia, Mozabite etc..) mais on peut en dégager des règles d'organisation sociale et domestique à peu près semblables : c'est ainsi que " l'esprit de caste ou de groupe réalisant un véritable autisme tribal se retrouve très vivace au sein de chaque groupe ethnique". De même l'autorité du chef de famille en matière de justice est incontestée et le patriarcat a conservé tous ses droits. (Mr. Assicot).

b) La condition faite à la femme dans la religion musulmane est très inférieure à celle dont jouit la femme européenne :

- Tout d'abord, la jeune fille musulmane est mariée très jeune, parfois dès l'âge de 15 ans. Elle passe alors sans transition de l'autorité paternelle à celle de son mari aussi intransigeantes l'une que l'autre. La plupart du temps son consentement au mariage n'a rien à voir avec la conclusion de celui-ci. On ne se soucie guère, par exemple, de la différence d'âge parfois très importante des époux. Cette jeune femme, enceinte dès les premiers mois après son mariage, n'a été préparée ni à son rôle d'épouse, ni à son rôle de mère, d'où immaturité psychologique et affective.

-- Par ailleurs, la situation de la femme mariée n'est pas plus réconfortante : La polygamie successive due à la répudiation joue certainement un très grand rôle : " tout mari musulman peut à chaque instant renvoyer sa femme et se séparer d'elle, sans formalités, sans motifs, et sans indemnité : Il n'y a pas pour l'épouse d'un musulman la plus petite garantie d'une union stable, elle n'a pas à proprement parler de foyer au domicile de son mari. "(G.H. Bousquet)". Notons que la polygamie simultanée, si elle est autorisée jusqu'à concurrence de quatre épouses et d'un nombre illimité de concubines, est peu répandue et a une importance secondaire.

Ce qui domine donc la situation de la femme musulmane, c'est la notion d'insécurité.

3) LES FACTEURS ECONOMIQUES.

Les conditions de vie de la population musulmane sont dans la majorité des cas déplorables dans les milieux urbains et surtout ruraux.

- Dans les villes, on est frappé par la médiocrité des salaires et l'insécurité professionnelle. Peu de familles semblent bénéficier des prestations de la sécurité sociale et des allocations familiales. La population salariée est d'ailleurs en nombre très inférieur à la masse des consommateurs et il n'est pas rare de voir huit ou dix personnes vivant d'un salaire unique. Peu de femmes travaillent en dehors de leur ménage sauf dans les milieux les plus évolués. Cette situation est aggravée par une natalité particulièrement importante, d'où l'entassement des familles dans des logements trop exigües, malgré l'effort très important de constructions d'habitation pour les Musulmans. Tous ces facteurs entraînent nécessairement une alimentation défectueuse et une hygiène déplorable.

- Dans les campagnes, les conditions économiques et sociales sont encore pires ; La grande majorité des paysans musulmans est constituée d'ouvriers agricoles travaillant très irrégulièrement et sans aucune garantie. Lorsqu'ils sont propriétaires, ils vivent misérablement par suite de la médiocrité habituelle de la terre, de l'archaïsme de leurs méthodes de culture et de la sécheresse qui sévit généralement en été. Lorsqu'ils ont des troupeaux, ceux-ci se réduisent souvent à quelques moutons étiés. Leurs habitations sont très rudimentaires, les conditions d'hygiène totalement absentes ; Le niveau de vie et l'alimentation sont encore plus déplorables que pour les populations urbaines.

4) LES EVENEMENTS D'ALGERIE.

Il n'est guère besoin d'insister sur les conséquences des troubles qui sévissent actuellement en Algérie depuis 1954 : habitants des villes et, plus encore, des campagnes, ont pu être témoins ou même victimes des com-

combats, des attentats, des massacres, des exactions et représailles de toutes sortes. A l'insécurité économique s'est ajoutée ainsi une insécurité vitale qui s'est aggravée d'année en année depuis déjà sept ans, entraînant une sensibilisation si réelle que, par exemple, un simple contrôle de police dans un village prend les caractères d'une agression psychique avec toutes ses conséquences possibles (anxiété, réactions panophobique etc...).

Même les solutions partielles apportées à ce climat de terreur peuvent avoir un caractère néfaste. C'est ainsi que la méthode des regroupements, détachant les populations rurales de leur cadre d'origine pour les transplanter à proximité des agglomérations urbaines perturbent à la fois le groupe humain (dans sa structure générale économique et coutumière) et les individus qui le constituent. La transition trop brutale d'un mode de vie à un autre ne semble pas toujours compensée par l'accroissement de la sécurité et quelque fois l'amélioration de l'hygiène ; il en résulte un état de désadaptation éminemment favorable à l'apparition de troubles mentaux.

C) CONSEQUENCES MEDICO SOCIALES.

Tous les éléments que nous avons étudiés au cours des paragraphes précédents se conjuguent pour donner à notre pratique psychiatrique des caractères tout à fait particuliers et nous mettre devant des problèmes de solution parfois très malaisée.

Trois points nous ont paru mériter un certain développement à savoir :

- La surcharge hospitalière
- Les difficultés de contact avec les malades
- Les difficultés de contact avec les familles.

1) LA SURCHARGE HOSPITALIERE

Il existe une disproportion énorme entre le nombre des lits d'hospitalisation psychiatrique en Algérie et l'importance de la population : il en résulte un encombrement constant des services, la capacité de ceux ci étant largement dépassée.

Les jours de consultation nous avons généralement affaire à une véritable cohue de malades accompagnées de leur famille ou de représentants de l'ordre public. Dans la salle d'attente, s'entassent ainsi facilement quinze à vingt personnes, foule bigarrée, ou se mêlent aux voiles blancs des femmes arabes, les robes vivement colorées des Kabyles et des femmes du Sud. Tout ce monde s'agite, gesticule ; les états de grande excitation psychomotrice et les scènes hystériques venant ajouter au tumulte. Mais ce que l'on y gagne en pittoresque, il est bien évident qu'on le perd en qualité de l'assistance psychiatrique.

Devant cet afflux de malades, on est obligé de faire un choix en n'hospitalisant que les malades les plus gravement atteintes ou présentant des troubles majeurs du comportement. On est également astreint à faire sortir le plus rapidement possible les malades en traitement afin de ménager régulièrement de nouvelles places en vue des consultations suivantes. Il s'en suit que les séjours hospitaliers sont de durée souvent brève et que nos critères de guérison s'établissent davantage en fonction d'une amélioration de comportement que d'une disparition totale des troubles psychiques.

2) DIFFICULTES DE CONTACT AVEC LES MALADES.

En règle générale le médecin ne parle pas l'arabe et la plupart des femmes musulmanes ne parlent pas français. Il en résulte la nécessité de faire appel à un interprète, ce qui, en psychiatrie, perturbe particulièrement le rapport médecin-malade. De plus on n'est pas toujours certain que cet interprète traduise fidèlement la pensée de l'un et de l'autre des deux interlocuteurs.

A cette difficulté purement linguistique s'ajoute évidemment tout ce qui différencie l'européen du musulman d'Afrique du Nord sur les plans religieux, social et culturel ; les phénomènes de la vie intérieure, les processus même de la pensée, les modes de réactions les séparent : malgré ses efforts, le médecin est souvent dérouté, tandis que le malade ne parvient pas à coopérer réellement avec lui.

CHAPITRE II

- E T U D E S T A T I S T I Q U E G E N E R A L E -

A) CHIFFRES BRUTS ET POURCENTAGES.

En trente deux mois, depuis la création du service ouvert, en Novembre 1958 jusqu'au 30 Juin 1961, nous avons eu 637 entrées réparties de la façon suivante :

- 13 en Novembre et Décembre 1958
- 142 pendant l'année 1959
- 323 pendant l'année 1960
- 159 pendant les six premiers mois de 1961.

Mais en fait de nombreuses malades ont été hospitalisées deux et même trois fois dans l'intervalle de ces trente deux mois. Sur ces 637 entrées il ne faut ainsi compter que 531 malades, la différence correspondant aux hospitalisations successives de certaines d'entre elles:

La proportion d'Européennes est très faible : en effet, sur les 531 malades hospitalisées nous avons 490 Algériennes de races Arabe où Kabyle et seulement 41 Européennes. Nous étudierons séparément, dans notre statistique, les cas de psychoses puerpérales chez les unes et les autres.

1) CHEZ NOS MALADES MUSULMANES

Nous avons eu exactement 96 cas de psychoses puerpérales se répartissant de la façon suivante :

- 80 cas de psychoses du post partum
- 10 cas de psychoses gravidiques
- 4 cas de psychoses après avortement
- 2 cas de psychoses d'allaitement.

Et si nous exprimons ces résultats en pourcentage par rapport au nombre total de malades musulmanes nous aurons :

- 19,6 % de psychoses puerpérales où encore :
 - 16,32 % de psychoses du post partum
 - 2,04 % de psychoses gravidiques
 - 0,82 % de psychoses après avortement
 - 0,41 % de psychoses d'allaitement.

Quant à la fréquence des psychoses du post-partum par rapport à la totalité des psychoses puerpérales chez les musulmanes, elle se traduit par le chiffre de :

- 83,3 %

2) CHEZ NOS MALADES EUROPEENNES

Nous n'avons eu que 2 cas de psychoses puerpérales, toutes deux étant d'ailleurs des psychoses du post partum, soit, par rapport aux 41 malades européennes hospitalisées un pourcentage de :

- 4,88 %

B) CRITIQUE DE NOTRE METHODE STATISTIQUE .

Nous aurons en vue ici les problèmes et difficultés que nous ont posés les réhospitalisations et qui nous ont conduits à tenir compte du nombre des malades (531) et non du chiffre des entrées (637).

En premier lieu, nous avons constaté que nombreuses étaient les malades dont le retour dans le service s'avérait, à nos yeux, injustifié : les familles, ayant apprécié pour elles mêmes l'avantage du séjour à l'hôpital de leur malade, venaient s'en débarrasser purement et simplement. De plus, assez souvent, il s'agissait de rechutes qui auraient pu être évitées facilement, car elles étaient dues à l'abandon du traitement d'entretien sans avis médical.

Cependant, il existait tout un groupe de réhospitalisations parfaitement justifiées, parmi lesquelles des psychoses puerpérales ayant rechuté soit à l'occasion de nouvelles grossesses, soit en dehors de toute notion obstétricale.

Il n'en reste pas moins que le groupe des réhospitalisations injustifiées était de loin prédominant, ce qui risquait d'entraîner une distorsion dans la signification des chiffres.

C) CRITIQUE DES DONNEES NUMERIQUES

1) LE NOMBRE BEAUCOUP PLUS IMPORTANT DE MALADES MUSULMANES

Par rapport aux malades européennes (490 contre 41) n'a rien pour étonner car il reflète à peu près la proportion (1/10 environ) que l'on retrouve dans la population actuelle de l'Algérie.

Précisons, ici, que nous englobons sous le terme général de " musulmanes" les indigènes de race arabe, kabyle, chaouia, mozabite etc, bien qu'il existe, par exemple, une minorité de kabyles convertis de longue date à la religion chrétienne.

De même nous groupons sous le terme d'"européennes" des femmes de religions diverses, catholiques, protestantes, juives, etc.

Comme on le voit, la distinction est assez arbitraire et nous ne faisons qu'utiliser des termes et des modes de groupement consacrés par l'usage local.

2) DEVONS NOUS ATTRIBUER UNE VALEUR ABSOLUE AUX CHIFFRES QUE NOUS AVONS AVANCES?

Une telle question n'est pas inutile car nous avons vu au cours du chapitre précédent toutes les difficultés auxquelles nous nous heurtons journellement. Dès qu'il s'agit de faire préciser aussi bien aux familles qu'aux malades les circonstances de la maladie mentale.

Rappelons, comme facteur susceptible de perturber nos chiffres le manque de renseignements sur les antécédents, le peu d'intérêt que porte souvent le musulman à la santé de sa femme. La pudeur de celle-ci dès qu'on la questionne sur sa vie privée, au point qu'elle négligera, même au cours d'un interrogatoire serré, de révéler un accouchement plus ou moins récent.

C'est pourquoi, nous pensons que nos chiffres ne reflètent pas absolument la réalité et que le nombre de psychoses puerpérales dépasse certai-

nement 20 % des malades musulmanes hospitalisées, ce qui représente une proportion importante.

3) COMPARAISON DE NOS RESULTATS :

a) Entre nos malades musulmanes et nos malades européennes :

Nous avons vu que le pourcentage de psychoses puerpérales était respectivement de 19,6 % et de 4,88 %, soit un rapport d'environ 4 pour 1.

b) Avec ceux des différents auteurs :

La fréquence des psychoses puerpérales est :

- KRAPELIN	7%
- ESQUIROL, MARCE	8%
- GUIRAUD	6,4%
- SIVADON	3,5%
- LABOUCARIE	4%

Tous ces pourcentages nous donnent des chiffres nettement inférieurs à ceux que nous avons obtenus chez les musulmanes. Par contre ils sont très voisins de ceux obtenus chez nos européennes.

Par ailleurs, dans une étude sur des malades marocaines, CA Pierson et J Bernardy nous donnaient le nombre déjà important de 12% de psychoses puerpérales. Cette statistique est intéressante puisqu'il s'agit comme pour la notre de malades musulmanes de race arabe, nous en reparlerons plus loin.

4) DES LIMITES DU PRESENT TRAVAIL.

Comme nous le voyons le " matériel d'étude " qui s'offre à nous est assez disparate et d'importance inégale. C'est pourquoi il nous paraît judicieux de concentrer notre intérêt sur le groupe de beaucoup le plus important que constituent les psychoses du post-partum chez les musulmanes, soit 83% de la totalité des psychoses puerpérales chez celles-ci, correspondant à 80 observations.

a) Il est évident que nous ne nous attarderons pas aux 2 seuls cas

trouvés chez nos européennes, qui ne présentent aucun caractère spécifique et qui ont déjà fait l'objet de nombreux travaux.

b) Comme nous l'avons exposé plus haut, nous avons recueilli 4 cas de psychoses après avortement. Une étude de ces 4 cas nous a parue illusoire pour donner une idée exacte de la question : nous sommes en effet persuadés, pour les raisons que nous avons exposées précédemment, d'être malheureusement passés à côté de nombreux autres cas. Ainsi les psychoses après avortement seront exclues de notre étude.

c) Il en est de même des psychoses de l'allaitement pour lesquelles nos statistiques sont probablement incomplètes. Notons cependant ce que nous disaient CA Pierson et J Bernardy sur leurs malades marocaines. Ces auteurs notaient la fréquence des psychoses puerpérales qui représentaient 10 à 12% de leurs malades. Ils soulignaient alors le grand nombre de psychoses de l'allaitement (3,2% de l'ensemble des malades). En tenant compte de la marge d'erreur imputable aux difficultés mentionnées ci-dessus, nous sommes extrêmement éloignés de ce chiffre avec notre résultat de 0,41%.

Comment expliquer une telle différence chez des malades qui ont des conditions de vie, une éducation, une religion pratiquement semblables? Pourquoi en Algérie nos malades font-elles surtout des psychoses du post-partum, c'est à dire peu de temps après l'accouchement, alors que chez les Marocaines les troubles se manifestent de longs mois après le traumatisme obstétrical?

Peut être les événements d'Algérie, le sentiment d'insécurité qui y règne actuellement, agiraient-ils comme facteur déclenchant alors que chez les malades marocaines ce facteur n'interviendrait pas, les troubles étant déclenchés plus tard par l'épuisement consécutif aux allaitements prolongés. Ce n'est là qu'une hypothèse qu'il y aurait lieu de vérifier.

d) Nous estimons devoir également éliminer de notre étude les 10 cas de psychoses gravidiques recueillis, car leur nombre est encore trop limité. Cependant ces psychoses gravidiques mériteraient une étude plus approfondie car nous avons pu constater que contrairement à ce qui est décrit

CHAPITRE III

- E T U D E C L I N I Q U E -
- : : : : : - : : : : : -

Nous présentons dans ce chapitre une analyse détaillée de nos 80 cas de psychoses du post-partum.

C'est systématiquement que nous avons étudié chez toutes nos malades les différentes circonstances, modes de début et signes cliniques de leur maladie. Nous avons alors groupé nos investigations, ce qui nous a amenés à envisager les paragraphes suivants :

- A) - Facteurs obstétricaux et généraux
- B) - Antécédents psychiatriques
- C) - Modes de début
- D) - Circonstances psychologiques et sociales de début
- E) - Etude symptomatologique
- F) - Formes cliniques

Au cours de cette étude nous nous sommes heurtés à de grandes difficultés, car, pour de nombreuses malades nous manquons de renseignements précis. Nous avons insisté, au cours de notre premier chapitre sur la façon dont se déroulaient nos consultations et sur les difficultés d'interrogatoire. En outre, il ne nous a pas été possible de combler les lacunes de nos observations par des enquêtes auprès des familles, l'insécurité des routes ne nous ayant pas permis de nous rendre chez les malades pour obtenir de plus amples renseignements. Pour les mêmes raisons, nous n'avons pu convoquer les intéressés. Quand à écrire aux familles il n'en était pas question puisque la grande majorité d'entre elles sont illettrées et ne peuvent répondre.

C'est ainsi qu'un certain nombre de nos pourcentages ne portent pas sur la totalité de nos 80 cas mais sur un nombre moindre correspondant aux malades pour qui nous avons des renseignements valables. Notons d'ailleurs que, pour certaines, nous nous sommes fondés plus sur l'impression globale que nous avons eue, que sur des éléments confirmés et irréfutables.

A) FACTEURS OBSTETRICAUX ET GENERAUX

Sous cette rubrique nous avons réuni un certain nombre de circonstances d'apparition des troubles, sans préjuger de leur rôle déterminant.

Nous analyserons ainsi successivement l'influence éventuelle de la parité, de l'âge de la malade, de l'ancienneté de l'accouchement par rapport au début des troubles, des états infectieux, carenciels et similaires.

1) ROLE DE LA PARITE

35% de nos malades ont présenté un syndrome du post-partum dès leur première grossesse, par contre les troubles ne sont apparus pour certaines qu'après plusieurs accouchements normaux (8° ou 10°accouchement)

La fréquence des manifestations psychiques décroît à peu près régulièrement de la première à la dixième grossesse. Mais en réalité, cette décroissance est pratiquement superposable à la courbe de fréquence des multiparités.

Nous pouvons seulement en conclure que si une femme est pré-disposée aux syndromes du post partum, elle a une chance sur trois d'en être victime dès son premier accouchement.

2) ROLE DE L'AGE DE LA MALADE

La moyenne d'âge au moment de l'apparition des premiers troubles est de 26 ans. L'étude statistique montre un échelonnement non caractéristique entre 14 et 40 ans.

3) ANCIENNETE DE L'ACCOUCHEMENT PAR RAPPORT A LA DATE D'APPARITION DES TROUBLES :

Dans la grande majorité des cas (87,5%) les troubles psychiques sont survenus au cours des deux semaines suivant l'accouchement. Signalons à ce sujet qu'il s'agissait généralement de manifestations à début assez rapidement progressif mais que chez huit de nos malades, des symptômes prémonitoires étaient apparus en fin de grossesse sous la forme de petites bouffées anxieuses : nous avons noté également chez une d'entre elles des crises d'éclampsie .

Par contre dans 8,7% des cas les troubles ont débuté entre 15 jours et 3 mois après l'accouchement.

Enfin dans 3,8% des cas il s'est écoulé un intervalle de 4 mois entre le traumatisme obstétrical et les premiers troubles psychiques. Il est difficile de dire s'il ne s'agissait pas là de psychoses de l'allaitement.

4) ROLE DES INFECTIONS :

Qu'il s'agisse d'infections utérines, pulmonaires, ou autres, leur rôle nous a paru peu important : 10% seulement de nos malades ont présenté une formule sanguine avec un taux de globules blancs supérieur à 10 000. De plus le manque de renseignements ne nous permet pas de dire s'il y a simple association ou relation de cause à effet.

Certains auteurs attribuent une grande importance à la colibacillose urinaire comme facteur favorisant des psychoses puerpérales. Chez 30% de nos malades, les examens de laboratoire ont mis en évidence des colibacilles dans les urines. Mais ce chiffre est voisin de celui que nous trouvons chez l'ensemble de nos malades quelle que soit l'origine de leurs troubles psychiques.

5) ROLE DES ETATS DE DENUTRITION ET DES TROUBLES CARENTIELS.

Le rôle de ces états a été souligné par certains auteurs et en particulier par N.A. Haworth dans son article : " Malnutrition and debility in puerpéral psychoses ".

Nous avons été frappés par l'importance de ce groupe de facteurs. En effet, beaucoup de nos malades nous arrivent avec un état physique déplorable et quelquefois voisin de la misère physiologique : 20% d'entre elles pèsent moins de 40 kgr et 75% moins de 50 kgr.

Des formules sanguines pratiquées systématiquement à l'entrée témoignent de ce mauvais état général. Dans 20% des cas nous avons trouvé une anémie avec un chiffre de globules rouges inférieur à 3 500 000 ; Anémies très souvent associées, d'ailleurs à une leucopénie ? Notons que de telles formules sanguines se retrouvent chez l'ensemble de nos malades, mais avec une moins grande fréquence que pour celles qui font l'objet de notre étude. Il est probable que la différence correspond aux spoliations sanguines importantes au moment de l'accouchement qu'ont présentées nos malades hospitalisées pour psychoses du post-partum.

Nous regrettons de ne pouvoir apprécier le rôle des facteurs endocriniens dans cette étude, car il ne nous a pas été possible d'effectuer des recherches de laboratoire dans ce sens (dosages hormonaux, frottis vaginaux etc...).

B) ETUDE DES ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

1) ANTECEDENTS HEREDITAIRES ET COLLATERAUX.

L'absence de renseignements valables ne nous permet pas de donner le moindre chiffre.

2) ANTECEDENTS PERSONNELS.

Nous avons recherché tout particulièrement dans les antécédents de nos malades, d'une part, les troubles liés à une puerpéralité antérieure, d'autre part, les syndromes psychiatriques apparus en dehors de toute grossesse ou de tout accouchement.

Il convient de préciser, tout d'abord, que sur nos 80 dossiers de psychoses du post-partum, 18 étaient dénués de toute précision à ce sujet, ce qui nous oblige à fonder nos calculs sur 62 cas seulement.

a) chez 13 de nos malades, soit 21% nous avons noté des antécédents psychiques liés à la puerpéralité à savoir :

- 11 cas de psychoses du post-partum
- 1 cas de psychose gravidique
- 1 cas de psychose de l'allaitement

b) chez 15 de nos malades, soit 24,2% c'est à dire près du quart il a été mis en évidence des antécédents psychiatriques divers (états d'excitation, syndromes dépressifs, mais surtout syndromes dissociatifs dont les troubles post-puerpéraux ne sont qu'une aggravation.

C) MODES DE DEBUT .

Comme nous l'avons déjà fait remarquer précédemment, les troubles surviennent en général, très peu de temps après l'accouchement. Le plus souvent les troubles se constituent de façon assez rapide. Quelquefois précédés par des prodromes dont la symptomatologie peut être loin d'évoquer l'évolution ultérieure : petites bouffées anxieuses, états dépressifs atypiques, petits troubles du comportement, labilité de l'humeur.

Très souvent, en effet, l'évolution se fait dans le sens d'un syndrome d'excitation : la malade devient instable, logorrhéique, ne dort plus, manifeste une certaine agressivité vis à vis des siens ou du voisinage, "parle toute seule". Dans d'autres cas, au contraire la tonalité dépressive s'accroît, la malade se replie sur elle même, se désintéresse de ce qui l'entoure ne soigne plus son enfant, refusé de l'allaiter comme de s'alimenter elle même, ne parle plus. Il n'y a jamais eu de début par une tentative de suicide ou un équivalent. Il est à noter, que s'associent très souvent, dès le début aux syndromes d'excitation comme aux syndromes dépressifs, des manifestations confusionnelles ou hallucinatoires.

L'hospitalisation de nos malades n'a pas toujours suivi de près le début de leurs troubles psychiques. Dans les agglomérations urbaines, la maladie mentale est assez mal tolérée car elle perturbe les relations de la famille avec le voisinage : les musulmans évolués éprouvent manifestement une honte à garder dans le milieu familial une personne présentant des manifestations psychiques. La proximité de consultations ou d'établissements de soins permet une hospitalisation rapide. Au contraire, le milieu rural tolère re-

lativement bien le malade mental et l'hospitalisation est souvent d'autant plus différée que l'on se trouve loin de tout centre : c'est ainsi que 10% de nos malades sont restées au moins une année sans recevoir de soins médicaux d'aucune sorte de certaines d'entre elles, ont évolué plusieurs années avant de nous être présentées. Nous avons ainsi pu constater que l'évolution sans traitement, était faite le plus souvent d'une série de rémissions successives plus ou moins complètes et attribuées à l'influence d'un " taleb " ou de pratiques de magies. Certaines malades nous sont même parvenues au cours d'une authentique évolution chronique, revêtant l'allure de syndrome dissociatif.

Certes, quelques unes de ces " psychoses négligées " ont été conduites à l'hôpital par leur famille parce que celle-ci avait trouvé une occasion d'effectuer le voyage sans trop de frais. Mais en général ce qui a décidé de la consultation a été l'apparition de troubles graves du comportement. Il s'agissait dans ce cas soit de réactions antisociales particulièrement marquées : scandale sur la place publique (hurlement, attentats à la pudeur etc...), agressivité avec injures, coups de baton, jets de pierres vis à vis de la famille ou des voisins, tentative de meurtre à l'égard de ses propres enfants soit d'actes inconsidérés tels que : sorties après le couvre feu, errances ou fugues, imprudences diverses que l'insécurité des territoires algériens rendaient particulièrement dangereuses pour la vie de la malade.

D) CIRCONSTANCES PSYCHOLOGIQUES ET SOCIALES DE DEBUT.

Nous avons vu à l'occasion du chapitre de " généralités " la façon dont vivent la plupart de nos malades. Certains aspects de leur existence sont à l'origine de traumatismes psychiques graves qui, venant se surajouter au traumatisme ~~physique~~ de l'accouchement, ont eu manifestement un rôle non négligeable dans l'apparition de troubles mentaux. Trois types de perturbations nous ont paru être en cause le plus souvent : mésententes conjugales graves, décès de l'enfant, violences liées aux " évènements ".

Par contre, la non acceptation de la maternité, facteur souvent retrouvé chez les femmes européennes, n'intervient pas ici, car l'enfant est, d'une manière générale, très bien accueilli.

1) LES MESENTENTES CONJUGALES.

Chez 12 de nos malades les troubles ont été nettement favorisés par la disharmonie et la désintégration du couple. Mais il est probable que ce facteur intervienne encore plus souvent car il n'est pas toujours aisé d'obtenir à ce sujet des renseignements certains. Les circonstances dans lesquelles se concluent les mariages, la disproportion fréquente en âge des conjoints, l'absence d'intimité réelle des époux, vivant dans un espace restreint avec leurs parents, la possibilité pour l'homme de répudier sa femme sans formalités, la dépendance absolue de celle-ci vis-à-vis de son mari et sa situation d'ilote, sont autant de sources possibles d'atteinte affective profonde.

L'observation suivante témoigne de l'importance de ces facteurs :

RAH.... Khedidja 33 ans, hospitalisée le 3 Novembre 1959 pour syndrome dépressif grave avec anxiété.

Aucun antécédentx psychiatrique héréditaire, collatéral ni personnel. Enfance normal, scolarité de 6 à 12 ans dans une école européenne.

Mariée à 14 ans, son mari est frippier. De ce mariage nés 5 enfants entre 1944 et 1956. Ces grossesses et accouchements ont été sans histoire. La malade aurait eu également une fausse couche non provoquée.

En 1956 le mari devande et obtient le divorce sans raison précise. Depuis la malade vit seule de façon misérable dans une baraque en planches, située juste derrière la maison de son ex mari, qui continue d'ailleurs à lui rendre visite de temps en temps, mais qui s'est assuré la garde des enfants.

En Septembre 1959 il se remarie officiellement avec une autre femme si bien que la malade a tous les jours le spectacle de sa rivale installée à son ancien foyer, frappant les enfants et lui cherchant à elle-même de fréquentes querelles.

C'est dans ces conditions particulièrement précaires et traumatisantes que la malade accouche le 28 Octobre 1959, d'un enfant de

sexe masculin. La grossesse et l'accouchement ont été normaux mais 8 jours après ce dernier sont apparus les premiers troubles. Cette malade est restée hospitalisée un mois et demi, a été traitée par sismothérapie et neuroleptiques : par la suite, en Février 1960 elle a présenté une courte rechute avec manifestations dépressives et hypocondriaques.

2) DECES DE L'ENFANT.

Chez 7 de nos malades il existe une relation absolument certaine entre le décès de l'enfant et l'apparition des troubles. Il s'est agi dans certains cas d'enfant mort-né.

Malgré l'importance du traumatisme psychique que constitue le décès de l'enfant, ce facteur ne nous paraît pas capital étant donné la forte mortalité affectant les nourrissons en raison des conditions d'hygiène désastreuses.

Voici cependant deux cas typiques :

BEN.... Kheira: 18 ans, hospitalisée le 3 Decembre 1960 pour syndrome mélancolique.

Aucun antécédent psychiatrique. Aucun traumatisme récent, pas de situation conflictuelle.

1^o grossesse, accouchement normal au début du mois d'Octobre 1960 à l'hôpital d'EL AFFROUN. L'enfant est mort 15 jour après mais son décès a été caché à la malade jusqu'au moment de sa sortie en raison de son état de santé physique. C'est alors qu'ayant réclamé son enfant et ayant appris la mort de celui-ci elle a présenté des troubles qui ont entraîné son hospitalisation en milieu psychiatrique.

Traitée avec succès par sismothérapie et neuroleptiques.

HAD... Fatma, 17 ans, hospitalisée le, 12 Juin 1959 pour état confusionnel avec agitation.

Aucun antécédent psychiatrique. Aucune situation traumatisante préalable.

1^o enfant, accouchement normal. Enfant décédé à 15 jours. Début des troubles immédiatement après.

Traitée avec succès par sismothérapie et neuroleptiques.

3) VIOLENCES LIEES AUX " EVENEMENTS " .

Nous n'avons retenu sous cette rubrique que 6 cas dans lesquels il existait indiscutablement une influence des "évènements" sur le déclenchement des manifestations psychotiques. Nous entendons par là qu'il s'agit de malades qui ne présentaient, auparavant, aucun trouble même minime, et qui, brutalement, au cours de scènes violentes (combats, massacres, tortures, viols) ont présenté des manifestations d'allure aiguë ou paroxystique.

Ceci est particulièrement bien illustré par l'observation suivante :

HAD... Saadia, 20 ans, hospitalisée le 12 Février 1960 pour état d'excitation psychomotrice de type maniaque.
Aucun antécédent psychiatrique, héréditaire, collatéral, ni personnel.
Accouchement il y a 20 jours. Grossesse et accouchement normaux.
5 jours avant l'hospitalisation, après la tombée de la nuit, son village qui était occupé par les troupes françaises a été attaqué par les fellaghas. La malade était couchée avec sa fille, elle a eu très peur, et c'est à ce moment que les manifestations psychiques sont apparues brusquement.
Traitée par sismothérapie et neuroleptiques. A séjourné 4 mois à l'hôpital.

Les considérations qui précèdent, appellent quelques remarques et commentaires.

En premier lieu il faut noter que généralement la nature du traumatisme psychologique n'intervient qu'assez peu dans l'allure que revêtent les manifestations post-puerpérales. Une certaine réserve cependant doit être faite en ce qui concerne les troubles psychiques dont le début a paru coïncider avec des circonstances liées aux " évènements". Dans ce cas en effet, le contenu des hallucinations et des délires comme les modifications du comportement évoquent beaucoup plus souvent l'atmosphère de terreur qui les a vu naître : agitation anxieuse intense, onirisme terrifiant, et réactions panophobique.

Par ailleurs, et d'une manière plus générale, se pose le problème du rôle exact de toutes ces circonstances dans la genèse des troubles psychiques présentés par nos malades.

Dans deux articles parus respectivement en 1956 et en 1957, M. POROT a cherché précisément à établir dans quelle mesure les événements qui bouleversent l'Algérie ont pu provoquer une recrudescence des troubles psychiques. Il conclut négativement, insistant sur la rareté "des psychoses réactionnelles dues à l'intervention directe, intense ou durable des événements" et sur la fréquence relative de l'association aux facteurs réactionnels de prédispositions psychopathiques.

Cependant en 1958 M. POROT a publié de nouvelles observations à la suite desquelles il revient quelque peu sur ses conclusions antérieures, estimant que les "événements d'Algérie" ont pu provoquer à la longue le développement, chez certains sujets indemnes de tout antécédent, d'une "psychallergie". Il est vraisemblable que les populations algériennes sont actuellement encore plus marquées par l'atmosphère d'insécurité. Il convient enfin d'observer que les travaux précédents de M. POROT ne comportent l'analyse d'aucun cas de psychose puerpérale. Dans le cas particulier des psychoses du post-partum, le facteur réactionnel ne saurait être mis en cause à l'état pur, même si nos malades sont vierges de tout antécédent psychopathique : l'accouchement, en effet, dans les conditions de toute espèce réalisées dans ce pays, se comporte déjà en lui même comme un facteur traumatisant général : il y a donc conjonction des deux éléments, le premier favorisant grandement l'influence du second.

E) ETUDE SYMPTOMATOLOGIQUE.

Dans un but de clarté, nous avons essayé de classer les troubles présentés par nos malades en un certain nombre de formes cliniques caractérisées chacune par la prédominance nette d'un symptôme. En effet, notre pratique courante nous a enseigné qu'il existe fort peu d'états purs, mais plus généralement une intrication, selon un mode très variable, de plusieurs symptômes parmi lesquels les plus fréquemment rencontrés sont :

- La confusion mentale
- L'excitation psychomotrice
- Les hallucinations
- La dépression.

1) LA CONFUSION MENTALE

Dans environ 50% des cas, donc très fréquemment, nous relevons dans nos observations l'existence d'un élément confusionnel. Son intensité est très variable; mais souvent suffisamment prononcé pour perturber nettement les premiers contacts avec la malade et rejeter au second plan les autres manifestations qui lui sont associées. L'appréciation de l'état confusionnel est d'ailleurs difficile au premier abord chez ces malades en raison du caractère très fruste des populations auxquelles nous avons affaire, et du manque de renseignements sur le comportement antérieur. La désorientation temporo spatiale prend ici une valeur toute relative car la plupart des femmes musulmanes, d'origine rurale, n'ont aucune notion de la mesure du temps, sont incapables de dire leur âge, et se fondent habituellement sur des critères très lâches et variables tels que les grandes fêtes religieuses, où la récolte de tel ou tel produit.

2) L'EXCITATION PSYCHOMOTRICE

Chez 51 de nos malades soit dans 63,75% des cas, des manifestations d'excitation psychomotrice ont pu être notées. Il s'est agi généralement d'états d'agitation très intenses, spectaculaires : la malade est débraillée, ou à moitié nue, vocifère des injures ou des obscénités, jusqu'à en être aphone, se débat, se roule par terre, crache dans toutes les directions, cherche à mordre l'entourage, et essaie constamment de s'enfuir. Elle est amaigrie, souvent hyperthermique et déshydratée et très habituellement couverte d'ecchymoses dues aux coups que lui ont généreusement prodigués sa famille et ses voisins.

Il est évident qu'aucun contact n'est immédiatement possible avec de telles malades chez qui il importe avant tout d'instituer un trai-

tement d'urgence. les manifestations associées et particulièrement confusionnelles et hallucinatoires, lorsqu'elles sont perceptibles, ne sont, en réalité, mises nettement en évidence que lorsque la malade a été calmée : les hallucinations résistent généralement au premier traitement, quant à l'élément confusionnel il fait l'objet d'un diagnostic rétrospectif, la malade étant incapable de dire les circonstances dans lesquelles elle est arrivée.

Il convient de signaler que la forme que revêtent ces états d'excitation n'est pas particulière aux psychoses puerpérales : quelle que soit leur origine, les troubles présentés par les musulmanes revêtent fréquemment cette allure, traduisant avant tout un mode de réaction assez généralement répandu parmi les populations méditerranéennes et les sociétés de type primitif. Au surplus, une composante hystérique ajoute chez nos malades son propre cachet à ces états d'excitation.

3) LES HALLUCINATIONS

Il s'agit d'un symptôme très important à la fois par sa fréquence et son intensité. Il s'agit avant tout de troubles psycho-sensoriels: auditifs et visuels mais aussi cénestopathiques.

Le contenu de ces hallucinations est étroitement lié, comme on s'en doute, aux croyances et superstitions de nos malades. C'est pourquoi leur mise en évidence est relativement aisée, ne nécessitant pas de précautions particulières d'interrogatoire. Des questions aussi directes que "Dieu vous parle-t-il", "Que vous disent les djénouns?" ne les choquent pas, d'autant plus que les questions plus détournées se heurtent souvent à une incompréhension totale. Les djénouns sont le plus souvent en cause. Tantôt ils se contentent de commenter de façon plus ou moins nette les actes et pensées de la malade, tantôt ils lui adressent des louanges ou des paroles douces? Tantôt ils la menacent de mort par égorgement, ou l'injurient.

Très souvent les malades voient également les djénouns. Leur aspect est très variable : ce sont tantôt des hommes, tantôt des femmes, parfois même des enfants; mais il arrive que la malade ne puisse en donner

une description précise. Ils peuvent être seuls ou au contraire très nombreux. Leur taille est généralement normale mais il n'est par rare d'avoir affaire à des personnages de dimensions très réduites, et même liliputiennes. Ils sont le plus souvent vêtus de blanc ou de noir, mais quelquefois sont nus. Très généralement ils marchent autour de la malade, mais ils sont quelquefois décrits comme des projections cinématographiques sur les murs. Lorsqu'ils sont armés, ils brandissent des couteaux.

Enfin les djenouns peuvent être invoqués pour expliquer l'origine et les manifestations de troubles cénesthésiques: des malades nous ont déclaré qu'un djenoun leur était entré par la bouche et s'était installé dans leur cerveau, leur coeur, leur estomac ou leur suçait le sang.

Beaucoup plus rarement les phénomènes hallucinatoires sont rapportés à l'influence de Dieu, croyance à laquelle elles adhèrent d'autant plus que le marabouts qu'elles ont consulté les en ont persuadées. Parfois c'est le marabout lui-même qui se serait emparé d'elles, qui leur parlerait, qui viendrait les visiter la nuit.

Ce n'est qu'exceptionnellement que les hallucinations et les idées de persécution qui peuvent s'y rattacher sont attribuées à des personnes faisant partie de l'entourage de la malade (voisins par exemple).

4) LA DEPRESSION

Les symptômes dépressifs, s'ils sont relativement moins fréquents que les précédents, ne manquent pas d'intérêt par l'aspect particulier qu'ils revêtent chez nos psychoses puerpérales et plus généralement chez l'ensemble de nos malades musulmanes.

Les états mélancoliques chez les indigènes Nord Africains, ont été étudiés de manière détaillée par C. MONSARRAT puis par MM G.A. MANCEAUX J.M. SUTTER, et Y. PELICIER. Rappelons les principaux traits soulignés par ces auteurs et qui correspondent à nos propres observations.

- Les états mélancoliques se retrouvent plus rarement chez l'indigène que les européens.

- " chez la femme indigène, l'importance de la puerpéralité est apparue considérable contrastant avec le rôle modeste de la ménopause, ce qui est à l'opposé de ce que l'on observe chez l'européenne".

- " Le rôle des conflits familiaux, faisant intervenir ascendants et collatéraux du malade est nettement plus grand que chez l'européen. Chez la femme indigène, l'importance des conflits proprement conjugaux est plus marquée, en rapport avec la fragilité du lien matrimonial, l'insécurité de l'épouse et le relâchement trop fréquent, à la ville, des relations entre la mère et ses grands enfants ".

- Au point de vue clinique, il faut noter " la pauvreté de la douleur morale, l'absence presque complète d'idées d'autoaccusation ou d'indignité. L'autochtone projette son anxiété dans la sphère sensori-motrice, ou bien, il se concentre sur un mode expressionnel théâtral, ou bien encore, il transpose son malaise psychologique dans la sphère cénesthésique " (c'est cette manifestation que nous avons retrouvée le plus fréquemment)" dans tous les cas, il évite au maximum d'intellectualiser son trouble affectif".

L'expression la plus habituelle du symptôme "dépression" est un état d'asthénie physique et psychique avec inertie, indifférence, mutisme, opposition, refus d'aliments, manifestations hypocondriaques (céphalalgies, gastralgies, arthralgies) la malade paraît se réfugier et même se complaire dans la maladie. Nous n'avons noté aucun cas d'automutilation ni de suicide, caractéristique qui a déjà été mise en évidence par d'autres auteurs.

F) FORMES CLINIQUES

Nous venons ainsi d'étudier les 4 symptômes les plus fréquemment rencontrés? Nous allons examiner à présent les différents syndromes que nous avons trouvés chez nos malades étant bien entendu d'une part que certains de ces syndromes reposent sur des symptômes que nous n'avons pas mentionnés plus haut parceque moins fréquents, et, d'autre part que cette clas-

sification reste un peu théorique en ce sens que la multiplicité des syndromes observés chez certaines malades ne permet pas toujours de déterminer absolument dans quelle forme clinique le classer.

1) LES SYNDROMES AVEC PREDOMINANCE DU SYMPTOME D'EXCITATION.

Chez 36 de nos malades soit 45% l'excitation psychomotrice domine la scène clinique. Le tableau est tel que nous l'avons décrit plus haut c'est à dire qu'il s'apparente beaucoup plus à l'agitation pure qu'au syndrome maniaque. Dans 3 cas seulement nous avons eu affaire à un syndrome maniaque franc ou l'euphorie, les attitudes de jeu, la logorrhée, la fuite des idées étaient des symptômes nettement individualisés alors que chez les autres malades ils sont absents. Ils font place en effet à des états d'agitation plus ou moins intense, presque purement motrice, ou même quelquefois à des états de fureur.

Il est à noter à propos des états d'excitation d'une part qu'ils ne sont pas plus fréquents chez nos malades n'ayant pas présenté de psychose puerpérale et d'autre part que ces états ont souvent une forme hallucinatoire, caractère que nous retrouverons à propos des syndrômes dépressifs.

Voici un cas d'état d'excitation psychomotrice :

SAO... Sadia, 20 ans, hospitalisée le 26 Juin 1959 pour état d'excitation psychomotrice intense.

Aucun antécédent psychopathique.

La famille nous raconte : que " 3 jours après un accouchement elle a commencé à crier, à faire des gestes désordonnés et prononcer des paroles inintelligibles. La nuit elle ne dormait pas, chantait, pleurait ou hurlait. Dans la journée elle insultait tous ses voisins et parents ainsi que toutes les personnes qui l'approchaient, elle se roulait par terre, tapait des pieds et des mains. Quelquefois elle devenait dangereuse : je l'ai vue giffler une de ses voisines et frapper son mari avec un pierre le blessant à l'arcade sourcillière droite. Elle menaçait également de tuer son enfant". A été hospitalisée à l'hôpital civil de TIZI-OUZOU pendant 3 mois; puis s'est présentée à notre consultation : nous l'avons alors vue en état de vive excitation psychomotrice avec logorrhée intarissable, voix éraillée, cris, chants, gesticulation désordonnée, violences, refus d'aliments, insomnie.

Traitée avec succès par sismothérapie et neuroleptiques. Hospitalisation d'une durée de 40 jours.

2) LES SYNDROMES DEPRESSIFS.

Chez 18 de nos malades soit dans 22,5% des cas, un état dépressif domine le tableau clinique, mais il s'agit généralement d'états atypiques répondant à la description que nous avons précédemment donnée du " symptôme dépression". Mais, de même que pour les états d'excitation, ces symptômes dépressifs peuvent s'accompagner de symptômes hallucinatoires ou confusionnels faisant partie intégrante du tableau clinique dès l'apparition de celui-ci. Nous avons ainsi pu observer de véritables formes hallucinatoires (qui ne pouvaient en aucune façon, se confondre avec des hallucinations secondaires) et des formes confusionnelles. Dans ce dernier cas, seule l'évolution a permis de les différencier d'un état confusionnel pur. Dans l'un comme dans l'autre cas nous avons éliminé les simples réactions anxieuses ou dépressives en relation avec un état onirique.

Voici une observation d'état dépressif :

NED... Fatma, 32 ans, hospitalisée le 21 Mai 1960 pour état dépressif atypique. Aucun antécédent psychopathique.

A eu 5 enfants dont le dernier est âgé de 8 mois.

Début des troubles après le dernier accouchement mais la malade ne nous est amenée qu'après 7 mois d'évolution: depuis ce temps elle ne dort plus, refuse de s'alimenter et de s'occuper de son enfant, a une activité de plus en plus réduite dans son foyer.

A l'examen, malade inerte, très amaigrie, de contact difficile. La mimique exprime une concentration anxieuse de la pensée. On lui arrache péniblement quelques paroles et l'on parvient à savoir qu'elle entend nuit et jour des voix et des cris dont elle ne peut préciser ni l'origine ni le sens : elle ne sait pas si ce sont des djennouns. L'interrogatoire de la famille précise qu'il s'agit d'hallucinations auditives existant depuis le début de la maladie. Amélioration rapide par une association neuroleptiques et Tofranil. Sortie au bout de 25 jours d'hospitalisation.

3) LES SYNDROMES ONIRIQUES

12 de nos malades soit 15% ont présenté un état onirique. Il s'est agi de manifestations aiguës, se constituant très rapidement en général, dans les suites immédiates d'une agression psychique ou physique subie

par la malade. Le contenu des scènes hallucinatoires visuelles et auditives reflète alors quelquefois fidèlement les circonstances qui en ont provoqué l'apparition. Souvent, cependant, il a été impossible de retrouver une circonstance déclenchante précise en dehors de l'accouchement. Or, les modalités du vécu onirique sont les mêmes que dans les cas précédents, et nous pensons que les " événements " et l'atmosphère de terreur jouent ici un rôle par sensibilisation progressive des malades.

Dans tous les cas nous retrouvons d'une part une note confusionnelle plus ou moins importante, d'autre part des troubles du comportement liés à la réaction panophobique anxieuse. Nos malades se présentent à nous sous un aspect particulier que nous retrouvons dans l'observation suivante :

YAB... Rabia, 21 ans, hospitalisée le 7 Mai 1959 pour syndrome confuso-onirique.

Aucun antécédent psychopathique.

Accouche de son 3^{ème} enfant fin mars 1959 avec hémorragies importantes.

Début des troubles 3 jours plus tard.

La malade se présente à notre consultation 40 jours après le début des troubles en état de légère excitation psychomotrice avec stéréotypies des mains, lamentations, cris, opposition à l'entourage et insomnie. A cet état s'ajoutent d'une part un élément confusionnel (désorientation temporo-spatiale), d'autre part des hallucinations: elle croit que les rideaux ont bougé et dit que se sont des personnes. Elle nous raconte qu'elle aurait été ensorcelée par une femme qui voudrait lui prendre son mari. Elle voit le bon Dieu, elle l'entend qui lui parle et lui donne des conseils. Tout cela l'effraie, elle a peur de mourir, elle récite des versets du coran.

A l'examen physique on note un assez mauvais état général, une congestion mammaire en raison de l'allaitement récent, une température élevée à 39° et un pouls accéléré à 130 pulsations par minute.

Sort de l'hôpital guérie après 40 jours de traitement (sismo-thérapie et neuroleptiques).

4) LES SYNDROMES DISSOCIATIFS

Chez 13 de nos malades, soit 16,25% des cas nous avons constaté l'existence de troubles du comportement de type schizophrénique.

L'excitation psychomotrice est relativement fréquente puisque

1. 33 l'avons retrouvée dans 6 observations. Mais elle présente ici quelques caractères particuliers que décrivent assez bien les familles : par exemple telle de nos malades quelques jours après son accouchement devient impulsive, frappe sans raison l'entourage, veut mettre le feu à la maison, parle de se jeter dans un puits.

L'examen et la mise en observation dans le service révèlent en outre les difficultés de contact (hostilité, réponses à coté, barrages, mutisme) l'indifférence affective, la tendance à l'isolement et les attitudes autistiques, le maniérisme, les mimiques discordantes, parfois enfin les symptômes d'automatisme mental.

L'évolution ordinairement longue de ces états dissociatifs et la médiocrité des renseignements posent évidemment certains problèmes :

Chez certaines malades le syndrome schizophrénique constitue indubitablement la forme que revêtent les troubles du post-partum dès leur origine. Mais dans d'autres cas, les plus fréquents, les malades étaient connues comme schizophrènes et ont présenté à la suite d'un accouchement une aggravation très nette des troubles. Notons enfin que dans certains cas il semble que l'on puisse parler seulement de l'évolution selon un type dissociatif de troubles post-puerpéraux qui ont pu revêtir à l'origine une allure tout a fait différente (par exemple, indépendamment des observations sélectionnées pour notre étude, nous avons pu consulter des dossiers de malades présentant actuellement d'authentiques syndromes schizophréniques et dont les troubles avaient débuté il y a 10 ou 20 ans par une psychose puerpérale à symptomatologie tout a fait banale).

Voici 2 observations de syndrome dissociatif :

TAI...Yamina, 25 ans, hospitalisée le 17 Juin 1961 pour un état d'excitation psychomotrice avec impulsivité, et bizarrerie du comportement?

Les troubles sont apparus dans les suites immédiates d'un accouchement récent.

L'examen des antécédents révèle que cette malade a déjà été hospitalisée l'année précédente pour syndrome schizophrénique : violences vis à vis de l'entourage avec idées vagues de persécution, é-

clats de rire inopinés, signe du miroir, contact difficile, opposition, idées d'influence.

MEZ... Ferroudja, 26 ans, hospitalisée le 19 Février 1960 pour troubles du comportement et en particulier indifférence totale vis à vis de son nouveau-né.

Aucun trouble n'a été noté par la famille dans les antécédents. Les manifestations psychiques ont débuté immédiatement après son 3ème accouchement.

Hospitalisation 5 jours plus tard : la malade est pâle, figée tantôt regarde dans le vague, tantôt dévisage ce qui l'entoure. L'idéation est lente, les réponses rares, on note quelques sourires discordants.

Améliorée transitoirement par sismothérapie et neuroleptiques. Rechute 2 mois plus tard et aggravation progressive nécessitant l'internement de la malade en service fermé.

1 an après l'admission de la malade on note une évolution schizophrénique avec autisme, discordance, existence d'un syndrome d'automatisme mental avec hallucinations auditives (les marabouts et les djennouns lui parlent). Idées d'influence, et peut être d'autres éléments délirants que l'on ne peut mettre bien en évidence étant donné les troubles du cours de la pensée. Aucune amélioration malgré les nombreux traitements entrepris. L'internement est maintenu.

5) LES SYNDROMES CONFUSIONNELS PURS.

Nous n'avons recueilli qu'un seul cas où la confusion mentale est intense et isolée sans aucun signe accompagnateur.

Il s'agit d'une malade qui, antérieurement, a présenté plusieurs psychoses du post-partum se manifestant soit comme un état confusomaniaque, soit comme un état confuso-dépressif. Lors de l'hospitalisation qui nous intéresse les troubles ont débuté 10 jours après un accouchement. Le tableau clinique est différent puisqu'il s'agit d'un état confusionnel pur, à forme stuporeuse.

La malade est prostrée, inerte, apragmatique, refuse de s'alimenter, de se lever. Cet état est constant, sans phases de rémission même légères.

Un traitement par neuroleptiques entraîne une amélioration rapide. Durée d'hospitalisation : 20 jours.

(voir observation détaillée à propos de l'évolution des psychoses puerpérales).

CHAPITRE IV

- TRAITEMENT ET EVOLUTION -

A) TRAITEMENT

Nous avons souligné dans le chapitre précédent l'état général déficient de nos malades à leur entrée. Les symptômes physiques sont parfois aussi frappants que les symptômes psychiques puisque certaines femmes arrivent dans un état voisin de la misère physiologique. La notion de ces troubles carenciels et de dénutrition laissent prévoir que nos traitements porteront aussi bien sur le plan général que sur le plan psychique.

1) TRAITEMENT PHYSIQUE

Chez les malades dont l'état physique est trop atteint, c'est la rapidité de mise en oeuvre d'un traitement général qui conditionne la possibilité d'entreprendre un traitement psychiatrique: les traitements de chocs et les doses élevées de neuroleptiques ne peuvent, en effet être appliqués d'emblée chez ces malades.

A l'entrée, un examen physique complet est pratiqué. On note en particulier le poids, la température, le pouls, la tension artérielle, le degré de séshydratation.

De même, des examens de laboratoire sont demandés systématiquement dès l'entrée :

- Bordet Wasserman
- Formule Sanguine, numération globulaire
- Vitesse de Sédimentation
- Urée sanguine
- Glycémie
- Examen cyto-bactériologique des urines.

On pratique, en outre, une radioscopie ou une radiographie pulmonaire. D'ailleurs, c'est sans attendre les résultats, mais immédiatement en fonction de l'aspect général que l'on entreprend le traitement correspondant en n'ordonnant sur le plan psychiatrique qu'un traitement symptomatique transitoire visant essentiellement à calmer la malade. Cette attitude se justifie d'autant plus que nous avons eu à déplorer le décès d'une malade, arrivée en état de misère physiologique, bien que le traitement des troubles ait été entrepris aussitôt. Il nous est apparu ainsi que les éléments essentiels du traitement sont constitués par :

- la réhydratation
- la vitaminothérapie associée éventuellement à l'administration de protéines,
- la lutte contre l'anémie, vérifiée par des numérations et des formules sanguines successives,
- la remise à un chiffre normal de la tension artérielle,
- dès que possible la suralimentation,
- enfin, chaque fois qu'un facteur infectieux peut être soupçonné les antibiotiques sont utilisés largement/

2) TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE

Comme nous venons de le voir, l'état physique ne permet généralement pas d'entreprendre un traitement psychiatrique définitif mais seulement une thérapeutique symptomatique dont le but est avant tout de calmer les malades. Nous sommes en effet très souvent devant un véritable dilemme, d'une part la malade ne pouvant supporter de fortes doses de neuroleptiques ou des électro-chocs en raison de sa faiblesse et des risques d'accidents d'ordre tensionnel, d'autre part l'intensité des troubles psychiques entretenant dans une certaine mesure les manifestations somatiques. C'est pourquoi, bien souvent, nous nous contentons au départ de calmer nos malades par une médication non spécifique et à doses aussi faibles que possible: par exemple injections intra-musculaires de largactil, associées ou non à de petites quantités d'eu-

noctal per os, ou encore, dans les cas de grande agitation, de faire une injection intra veineuse d'eunoctal suivie d'une perfusion lente de largactil : une dose de 50 mmgr de ce produit est diluée dans un flacon de 500 cc de sérum glucosé isotonique auquel on ajoute également une ampoule de phénergan, une ampoule de dolosal et des analeptiques cardio-respiratoires. Ces perfusions lentes se succèdent à la moyenne de deux par 24 heures pendant deux ou trois jours en fonction de l'état de la malade. Dès que celui-ci le permet, les perfusions sont remplacées par des injections intra-musculaires puis par des comprimés de largactil à des doses quotidiennes progressives.

Au fur et à mesure que s'améliore l'état général et dès que la malade parait bien devoir le supporter, le traitement psychiatrique de base est mis en oeuvre. Signalons cependant que pour les malades dont l'état physique est satisfaisant à l'entrée, ce traitement est entrepris d'emblée.

En ce qui concerne le traitement de base, nous avons fait appel à la plupart des neuroleptiques courants, en général associés entre eux. Nous leur avons souvent adjoint des électro-chocs.

Dans un petit nombre de cas (moins de 10%) le largactil institué au début à titre de médication calmante se révèle suffisant comme thérapeutique de fond et peut être ainsi maintenu jusqu'à la guérison.

Par ailleurs, et mis à part quelques cas qui requièrent manifestement un traitement de fond déterminé, nos malades sont en général traités par les associations les plus variables de neuroleptiques. Cette attitude découle d'une double constatation: d'une part, comme nous l'avons vu, les syndromes présentés par nos malades sont faits de symptômes multiples et variés donnant des états assez atypiques: d'autre part, notre pratique courante nous montre que nos malades réagissent en général de façon assez indifférente au type de neuroleptique choisi.

Ces associations comportent le plus souvent deux ou trois neuroleptiques administrés à doses progressives, chacun des constituants étant diminué ou majoré en fonction des susceptibilités individuelles. Les associations les plus fréquemment utilisées sont :

- LARGACTIL-NOZINAN
- TEMENTIL-NOZINAN
- TEMENTIL-NOZINAN-THERALENE
- MAJEPTIL-THERALENE

Les doses journalières oscillent entre :

- 100 mmgr et 400 mmgr pour le LARGACTIL
- 100 mmgr et 300 mmgr pour le NOZINAN, le TEMENTIL, le THERALENE
- 50 mmgr et 300 mmgr pour le MAJEPTIL.

Ces doses sont administrées généralement sous forme de comprimés mais sont quelquefois précédées de doses moindres en injections intra-musculaires.

Bien souvent, en fait, ce traitement s'avère insuffisant et nous devons lui adjoindre des séances d'électro-choc. Nous utilisons la sismothérapie d'autant plus volontiers que nos malades s'en trouvent très rapidement améliorées, et au surplus, nous avons toujours le souci de les guérir dans un minimum de temps, en raison de l'afflux des malades.

Ces considérations nous ont d'ailleurs à de nombreuses reprises amenés à pratiquer des séances d'électro-choc d'emblée, en même temps que l'administration de neuroleptiques. Dans quelque cas, que ce soit, nous faisons en moyenne deux électro-choc par semaine.

Ainsi 70% de nos malades ont été traitées par l'adjonction d'électro-chocs aux neuroleptiques: quelquefois, après 3 séances de sismothérapie nous constatons une amélioration spectaculaire. Le plus souvent, 6 séances sont nécessaires pour obtenir une rémission franche des troubles. Rarement nous avons eu recours à une douzaine de séances.

Voici donc la conduite que nous tenons sur le plan thérapeutique avec nos malades. Il va sans dire, que dans la mesure où elle présentent des syndromes francs, nous cherchons à prescrire un traitement plus spécifique.

Les états d'excitation aiguë de type maniaque sont calmés au début par des perfusions de largactil comme nous l'avons exposé plus haut. Puis on leur substitue de préférence des injections intramusculaires de TEMENTIL, associé ou non au NOZINAN et THERALENE. Mais bien souvent il s'avère nécessaire de compléter ces traitements par la sismothérapie.

Les états dépressifs s'ils sont graves, sont traités d'emblée par l'association électro-chocs-NOZINAN. Lorsque leur caractère est moins accentué nous essayons auparavant un traitement à base de NOZINAN et de TOFRANIL qui suffit quelquefois à assurer une évolution favorable.

Les états oniriques n'entraînent pas d'attitude thérapeutique spéciale que lorsqu'il s'agit de schizophrénies d'évolution ancienne et confirmée, rechutant à l'occasion d'un accouchement. Dans ces cas seulement ont été pratiquées des cures de Sakel.

L'unique cas de syndrome confusionnel pur a réagi de façon favorable aux seuls neuroleptiques.

B) EVOLUTION

Nous envisagerons ici les modalités d'évolution, d'une part dans le cas des malades hospitalisées et traitées et d'autre part dans le cas tout à fait particulier des malades qui ont échappé à toute hospitalisation en raison des circonstances diverses et qui n'ont pu ainsi être traitées.

1) EVOLUTION IMMEDIATE EN MILIEU HOSPITALIER.

Ce qui caractérise l'évolution des psychoses du post-partum traitées c'est leur sensibilité remarquable aux thérapeutiques dans la majorité des cas. En effet, sur les 80 malades étudiées :

- 66 ont guéri complètement soit : 82,5% des cas
- 10 ont été suffisamment améliorées pour permettre la sortie soit 12,5% des cas et au total :
- 76 sur 80 malades (95%) ont bénéficié d'une sortie prolongée ou définitive.

Les 10 "améliorations" ont été le fait uniquement de syndrômes dissociatifs et portent beaucoup plus sur les manifestations du comportement que sur les troubles de base.

Cette sensibilité au traitement est non seulement reflétée par le très grand nombre de sorties mais aussi par la brièveté habituelle des séjours hospitaliers : c'est ainsi que 60% de nos malades ne sont restées dans le service que de 15 à 45 jours. Encore faut il ajouter que bien souvent la sortie des malades est retardée par suite de la lenteur que mettent les familles à venir les chercher.

Pour apprécier le degré de guérison et les possibilités de sortie, nous nous fondons sur un certain nombre de critères :

- un état général satisfaisant (reprise du sommeil, de l'appétit, d'un poids normal).

- la disparition des troubles du comportement (excitation, dépression, agressivité, anxiété).

- la disparition des hallucinations avec si possible attitude critique

- l'appréciation du contact avec l'entourage.

- enfin, le retour à une activité pragmatique adaptée aux habitudes et au niveau de la malade.

La brièveté habituelle du séjour de nos malades hospitalisées pour psychoses puerpérale ne permet guère en effet d'envisager pour elles la sociothérapie et l'ergothérapie sous une incidence thérapeutique à proprement parler. Par contre, la participation des malades améliorées par les traitements médicamenteux à la vie du service, leur contribution à la propreté du pavillon, leur intégration au groupe nous donnent dans bien des cas une idée plus précise de leur degré de guérison.

Nous venons d'étudier la façon dont évoluent généralement nos malades sous traitement. Cependant il existe quelques cas particuliers :

a) Rappelons tout d'abord que nous avons eu un décès au troisième jour de l'hospitalisation chez une malade dont l'état physique était particulièrement grave.

b) Dans 4 cas, des malades entrées dans le service pour un état d'excitation ont viré sous traitement en état dépressif. Nous n'avons jamais constaté l'évolution inverse, mais la possibilité de celle-ci n'est pas exclue.

c) Quelquefois l'évolution immédiate se prolonge au delà de 45 jours (2 à 4 mois en moyenne) soit par suite de rechutes précoces survenant, juste avant la sortie après une période d'amélioration, soit par suite de la persistance des troubles initiaux, soit enfin, en raison de manifestations résiduelles d'allure bâtarde et torpide ne cédant pas au traitement.

d) Chez 3 de nos 80 malades, soit seulement 3,75% des cas, aucune sortie n'a été possible et l'internement a succédé à un long séjour en service ouvert. Chaque fois, il s'agissait d'un syndrome schizophrénique grave.

2) EVOLUTION EXTRA-HOSPITALIERE

Lorsque la malade sort du service, nous remettons à sa famille une ordonnance comportant un traitement d'entretien à base de neuroleptiques associés éventuellement à des tranquillisants ou à des hypnotiques légers : le traitement est en général fixé pour 2 mois, la malade étant invitée à se présenter à la consultation après ce laps de temps. En fonction des résultats, l'ordonnance est reconduite ou modifiée et des consultations ultérieures permettent de suivre la malade régulièrement.

Les conditions locales actuelles sont telles qu'il ne peut s'agir là d'une véritable post-cure, l'aspect médico-social étant inexistant. En outre, pour des raisons pécunières, et aussi par négligence, beaucoup de malades abandonnent très rapidement le traitement d'entretien et ne reviennent pas spontanément aux consultations prévues. Généralement ce sont

les dispensaires municipaux, les sections Administratives Spéciales (SAS) qui fournissent gratuitement les médicaments aux malades nécessiteux et non assurés sociaux: leur échantillonnage en ce qui concerne les neuroleptiques se réduit au LARGACTIL et il est impossible ainsi d'adapter exactement le traitement d'entretien au traitement hospitalier.

Nous n'avons pas suffisamment de recul pour nous faire une idée exacte de l'évolution tardive des malades qui font l'objet de notre étude, puisque les premières observations datent de moins de 3 mois et les dernières du mois de Juin 1961. Cependant nous pouvons en donner quelques éléments permettant de voir dans quelles conditions se produisent les rechutes. C'est ainsi que nous en avons distingué deux groupes selon qu'elles se produisent en dehors ou à l'occasion de nouvelles perturbations obstétricales :

a) chez 7 de nos malades, des rechutes sont survenues sans nouveau facteur obstétrical, soit de façon précoce (quelques jours après la sortie) soit beaucoup plus tardivement (quelques semaines ou quelques mois). Des circonstances particulières semblent avoir favorisé certaines rechutes :

- aucune de ces malades n'avait suivi le traitement d'entretien prescrit

- Certaines rechutes précoces ont été manifestement liées à l'hostilité et parfois même aux mauvais traitements subis par la malade lorsqu'elle a réintégré le milieu familial.

Quelle qu'en soit l'origine, leur symptomatologie est le plus souvent identique à celle qui avait été observée au cours des troubles initiaux avec cependant une intensité plus réduite et l'absence habituelle de l'élément confusionnel.

b) En ce qui concerne les rechutes liées à de nouveaux accouchements, notre opinion est fondée en partie sur l'étude des antécédents de nos

malades. Comme nous l'avons écrit au chapitre précédent, 13 de nos malades ont déjà présenté antérieurement des troubles psychiques liés à la puerpéralité, pour la plupart du post-partum. Dans 8 de ces cas la rechute a eu lieu dans l'intervalle des 32 mois sur lesquels portent nos statistiques. La symptomatologie est en général semblable pour chaque malade d'un accident à l'autre ou encore on assiste à une sorte d'alternance entre les états d'excitation et les états de dépression.

Cependant les rechutes successives après chaque accouchement sont loin d'être une règle générale, ce qui confirme l'importance des circonstances d'apparition autres que les facteurs gravidiques ou obstétricaux. Ceci explique aussi que deux de nos malades ont pu présenter la succession de ces deux types de rechutes.

Nous présentons ici une observation particulièrement démonstrative dans ces aspects multiples :

BOU...Bédra, 40 ans, hospitalisée le 10 Juin 1961 pour état confusionnel grave.

Aucun antécédent psychiatrique familial

Enfance normale jusqu'à l'âge de 8 ans où une rougeole est le point de départ de différentes affections physiques et surtout de complications pulmonaire où se greffe une tuberculose.

La malade suit alors de nombreux traitements dans différents hôpitaux et ne récupère jamais un état général satisfaisant.

L'évolution de la tuberculose nécessite un pneumothorax à l'âge de 29 ans.

La malade se marie, en 1951 à l'âge de 30 ans

En 1953 accouche d'un premier enfant. Aucun accident

En 1955, 6 mois après un deuxième accouchement la malade présente un épisode d'excitation psychomotrice avec état confusionnel nécessitant une hospitalisation à Alger de 15 jours. L'enfant meurt à 11 mois.

En Avril 1957 accouche d'un troisième enfant. Celui-ci meurt un mois après sa naissance. La malade a alors une phase de dépression avec angoisses, ses inquiétudes se reportent sur sa propre maladie Elle consulte spontanément son médecin traitant. Les médicaments prescrits apportent une amélioration transitoire. Un mois plus tard à la suite de perquisition effectuées la nuit chez elle par les autorités, elle est prise d'une vive frayeur et des troubles psychiques plus importants se manifestent : état d'excitation psychomo-

trice intense, la malade crie, frappe son entourage, ne dort plus ne mange plus. Elle est alors hospitalisée dans notre service le 6 Juillet 1957.

A l'examen physique on découvre une dysenterie amibienne avec atteinte grave de l'état général.

A noter une fausse couche de quelques semaines pendant son séjour à l'hôpital.

Sort le 11 Septembre 1957 dans un état physique et psychique satisfaisant.

Le 4 Octobre 1957 rechute et réintégration pour état dépressif atypique. Sort le 13 Novembre 1957.

Le 10 Janvier 1960 accouche d'un quatrième enfant qui meurt quelques heures après sa naissance. Par ailleurs la malade vit dans un climat de mésentente conjugale et de discorde profonde entre sa mère et son mari. La malade est hospitalisée 10 jours plus tard le 20 Janvier 1960. Elle présente un état confusionnel avec dépression grave de type mélancolique : faciés caractéristique, voix monocorde, idées d'indignité, ne parle que des morts qui ont eu lieu dans sa famille. Traitée par les neuroleptiques seuls, l'état pulmonaire contrindiquant constamment la sismothérapie. Sort le 28 Mars 1960.

Le 2 Avril 1960 rechute et réintégration pour état dépressif mineur avec majoration névrotique. Sort le 6 Mai 1960.

Le 13 Mai 1960 Rechute et réintégration. La malade aurait eu peur à la suite de discussions familiales orageuses; elle se présente dans un état atypique avec confusion mentale et agitation désordonnée. Sort le 14 Juillet 1960.

Le 29 Mai 1961 accouche d'un cinquième enfant. Rechute 10 jours plus tard et hospitalisation le 10 Juin 1961. La malade se présente dans un état confusionnel pur, décrit à l'occasion des formes cliniques de notre étude.

Traitée par les seuls neuroleptiques, elle sort le 11 Juillet 1961 dans un état satisfaisant.

3) EVOLUTION A LONGUE ECHEANCE

Il est certain que nous disposons d'un recul beaucoup trop faible dans le temps pour pouvoir apprécier correctement l'évolution à longue échéance des malades ayant présenté une psychose puerpérale.

Parmi les 80 cas analysés dans notre statistique, 3 seulement, ainsi que nous l'avons déjà dit, ont vu se prolonger leur hospitalisation et sont actuellement encore internées. Chacune de ces malades présentait un syndrome schizophrénique à symptomatologie particulièrement accusée, que les

traitements n'ont pu améliorer. Actuellement, la persistance des troubles fait porter un pronostic grave et l'éventualité de la sortie est de moins en moins probable.

Cette déduction d'ordre purement pronostique nous a parue à la fois très limitée et de valeur suffisante: c'est pourquoi nous avons essayé de tirer quelques enseignements d'un certain nombre d'observations de malades hospitalisées de très longue date dans le service, à la suite d'une psychose du post-partum: nous apportons là quelques données très incomplètes parce-que ne résultant pas d'une étude systématique, mais d'une sorte de "sondage" parmi des observations portant sur plus de 15ans.

a) Pour certaines malades les troubles initiaux post-puerpéraux ont revêtu une symptomatologie de type dissociatif et se sont aggravés dans ce sens au point que les malades présentent actuellement une évolution chronique.

b) Chez d'autres malades, le syndrome post-puerpéral se traduisait par des états confuso-oniriques, maniaques ou mélancoliques. Leur évolution s'est effectuée selon 2 modalités:

- soit succession d'épisodes intermittents identiques aux troubles du début

- soit constitution progressive d'un syndrome schizophrénique manifeste d'évolution grave.

4) EVOLUTION SANS TRAITEMENT

Nous avons déjà fait allusion à plusieurs reprises au cours des chapitres précédents à ces " psychoses puerpérales négligées " qu'il nous a été donné d'observer. Elles mettent l'accent sur les conditions bien particulières dans lesquelles peut s'exercer la psychiatrie en Algérie. Mais elles ont, en outre, l'intérêt de préciser quelle peut être l'évolution des troubles en l'absence de tout traitement. Rappelons le, les chiffres ne sont pas négligeables et les conclusions que nous pouvons en tirer sont d'autant plus valables. Nous avons pu mettre ainsi en évidence 2 types différents d'évolution :

- C O N C L U S I O N -

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

- I) - Notre étude à porté essentiellement sur 490 malades musulmanes chez qui nous avons mis en évidence 96 Psychoses puerpérales (16,6%), dont 80 psychoses du post partum, représentant 83,3% de ces psychoses puerpérales.
Ce chiffre est donc considérablement plus élevé que ce que l'on observe chez les malades européennes.
- II) - L'étude clinique nous a permis de mettre en évidence deux aspects psychiatriques particulièrement prépondérants.
- d'une part de très nombreux états d'excitation psychomotrice.
 - d'autre part de nombreux états oniriques avec hallucinations.
- III) - La fréquence comme la symptomatologie des troubles nous ont paru être étroitement liés au contexte social :
- Mode de réaction de type primitif et méditerranéen.
 - Situation inférieure de la femme musulmane aussi bien dans la société que dans le couple.
 - Atmosphère d'incertitude ou de terreur due aux évènements actuels en Algérie.
 - bouleversement trop rapide des traditions alors que la structure même de la masse musulmane ne se prête guère à une évolution accélérée.
- IV) - Contrairement à ce qu'auraient pu laisser croire les conditions d'hygiène souvent désastreuses, le rôle des infections s'est avéré minime.
De même que pour les facteurs psychologiques, les facteurs favorisants biologiques ne sont qu'une conséquence des conditions sociales et reflètent le niveau de vie souvent très bas de nos malades:

BITOUN G.

Quelques aspects sociaux et cliniques de la psychiatrie en Algérie. Etude faite dans le Service Départemental de psychiatrie d'Oran - Thèse Paris 1958.

BOIGEY

Etudes psychologiques sur l'Islam - A.M.P. - Juillet Aout 1908.

BOURDIEU P.

Sociologie de l'Algérie - Pr. Univ. de France.

BOURSON Y.

Contribution à l'étude des psychoses puerpérales - thèse Strasbourg 1958.

BOUSQUET

L'Islam et son éthique sexuelle.

BRISSET

Propos sur la mentalité des musulmans nord-africains - A.M.P. 117 - 1, 495, 504, n° 3 Mars 1959.

BOYD D.A.

Troubles mentaux associés à l'accouchement.
am. J. Obst. Gyn. Janv. 1942. 43 n° 1, 148
Févr. 1942. 43 n° 2, 335.

BRISSET Ch. et HELD J.P.

Accidents psychiatriques de la grossesse et de la puerpéralité - Encycl. méd. Chir. psychiatrie, fasc. 37 - 660 A - 10,2 - 1955.

BRISSET Ch. et FESSARD J.

Accidents neurologiques et psychiatriques de la grossesse et de la puerpéralité - Encycl. méd. chirurg. obstétrique, fasc. 5046 A - 10 - 3 - 1957.

CAIN J. SERMENT H. et de VERVILLE M.

Les psychoses précoces du post-partum - Etude cytohormonale - Sem. hosp. Paris, 30 Nov. 1948 24 n° 89 - 2891 - 2901.

DELAYJ. CONTEEL A. et LAINE B.

Traitement des psychoses du post-partum - ann. endocr. 1953, 14, n° 3 - 428 - 431.

DEQUEKER J. FANON F. LACATON R. MICUCCI M. et RAMEE F.

Aspects actuels de l'assistance en Algérie. Inform. psych. Janv. 1955 pp II - 18.

DOUTE

Magie et religion. Jourdan éd. Alger 1909.

DUBOISJ. CARROT E. et GUESNE J.F.

Psychose aigüe des suites de couches, hibernation, guérison. Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Avril-Mai 1956 -8, n° 2 - 223 - 224.

FLAMAND C.

Pathogénie de la psychose du post-partum. Bull. Soc. Roy. Belg. Gyn. Obst. 1954 - 24 n°5, 453 - 459.

FLAMAND J.

A propos de quelques cas de psychoses puerpérale. Bull.
Soc. Roy. Belg. Gyn. Obst. 1954 - 24 - 442 - 452.

FLAMAND J.

Le rôle des facteurs psychologiques du post-partum - Act.
neurolog. Psychol. belg. Mai 1955 - 55 n° 5 430 - 442.

GAUTIER

Moeurs et coutumes des musulmans. Payot éd. 1931.

HAAS R.M./

Les psychoses puerpérales - thèse Paris 1939 n° 120

HARDRE J.L.

Psychoses puerpérales colibacillaires - Thèse Paris
1939 n° 350.

HART B. et Mc CONNEL W

Facteurs de vitamine B, dans la psychose typique de la
gestation et des suites de couches - am. J. obst. gyn.
Août 1943 - 46 n° 2 - 304.

HAWORTH N.A.

Malnutrition et faiblesse dans les psychoses puerpérales - Lancet, 19 Aout 1939, 237, n° 6051 - 417-418.

LABOUCARIE J.

Etude comparative de 36 cas de psychoses puerpérales -
A.M.P. 1949 - 50, 231.

MANCEAUX G.A. SUTTER J.M. et PELICIER Y.

Les états mélancoliques chez l'indigène nord-africain -
52° cong. Al. et Neurol. (Liège) 1954 - 270-273.

MARTIN M.E.

Les affections mentales puerpérales. Brib. med. 27 Sep-
tembre 1958 - n° 5099 - 773 - 777 -

MAYER A.

Les crises psychiques dans la vie de la femme. Münch.
med. Wschr. 29.Fév. 1952 - 94 n°9 397 - 404.

MORIN D. GNILLY P. BADIN J. et CHOUKROUN J.

Etiologie de certaines psychoses puerpérales -Gyn.
Obst. 1952 - 4 n° 5 822-824 .

NYSSSEN B.

Introduction à l'étude clinique des psychoses du post-
partum - bull. Soc. Roy.Belg.Gyn. Obst. 1954 24 n°5,436.

PIERSON C. et BERNARDY J.

A propos des psychoses d'allaitement au Maroc-Maroc méd.
Fév. 1959- 38,n° 405 - 405-406.

PILEZ

Contribution à la psychiatrie comparée des races.
J. psychol. Nor. et path;p. 161- Mars 1907.

POROT A.

Notes de psychiatrie musulmane - AMP 74 377-384 n°3
Mai 1918.

POROT A. et SUTTER J.

Le primitivisme des indigènes nord-africains - ses incidences en pathologie mentale - Ann. Méd. et Chir.
15 Avril 1939.

POROT M.

Les retentissements psychopathologiques des événements d'Algérie A.M.P. 114 - 2, 622 - 636 n°4 Nov. 1956 - pr méd. 65 801-803, n°34 - 27 avril 1957.

POROT M.

La psychallergie aux événements d'Algérie - A.M.P. 116 I 650 - 666 n° 4 Avril 1958.

ROMAND HENYER Y.R.

Etude clinique des psychoses puerpérales du post abortum et du post partum dans leur forme pseudoschizophrénique - Thèse PARIS 1958.

RONDEPIERRE J.

Puerpéralité et troubles mentaux - Gaz - méd. France - Janv. 1945 - 42, n°2, 25-28 et Déc. 1946 53, n°24-675-677.

SAEGER C.P.

Etude contrôlée des affections mentales " post partum" J. Ment. Sc. Janv. 1960 106 n° 442 - 214-230.

SIVADON

Les psychoses puerpérales - Thèse Paris 1933.

THOMAS Cl. et CORDON J.E.

Progrès en médecine préventive et en épidémiologie - les
psychoses après accouchement - am. J. méd. Sept 1959 -
238, n° 3, 363-388.

VAYSSIÈRE D.

Des psychoses du post-partum - Thèse Paris 1949.

VERVILLE GARCIN (de)M.

Contribution à l'étude des psychoses précoces du post-partum - Thèse Marseille 1958.

VIGNES H.

A propos des psychoses puerpérales - sem. hosp. Paris
15 Nov. 1940 - 16 n° 8 - 169-171/

